



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

AIUTO ALLE DONNE IN GRAVIDANZA E DEPRESSIONE POST-PARTUM

Documento approvato

nella seduta Plenaria del 16 dicembre 2005

SOMMARIO: *Presentazione – Introduzione – L'aiuto alla donna in gravidanza – Gli aspetti bioetici della depressione post-partum*

PRESENTAZIONE

All'inizio dell'estate del 2002, anche sull'onda di drammatiche notizie di cronaca, che molto avevano colpito l'opinione pubblica italiana, il *Comitato Nazionale per la Bioetica* decise di affrontare e approfondire la complessa questione della depressione *post partum*, anche per restare fedele all'impegno di continuare a promuovere due principi bioetici che al Comitato sono sempre stati cari: quello della pari rilevanza da riconoscere alla salute mentale rispetto alla salute fisica (principio che il Comitato aveva riconosciuto e condiviso fin dai suoi primi documenti) e quello della particolarissima attenzione bioetica da attivare nei confronti della donna, in tutte le circostanze in cui purtroppo venga a manifestarsi la sua identità di *soggetto debole* (per ragioni fisiche, psichiche o sociali). Ispiratrice della riflessione in materia fu la prof.ssa Renata Gaddini, alla quale unanimemente il Comitato chiese di elaborare i primi orientamenti sul tema. Peraltro, nella seduta plenaria del 19 settembre 2002, si attivò una vivacissima discussione, vertente sull'opportunità di premettere alla riflessione sulla depressione *post partum* quella –da molti membri del Comitato ritenuta di pari rilievo e da alcuni addirittura logicamente prioritaria- una riflessione sull'*aiuto alla donna in gravidanza*, come tema bioeticamente centrale, *anche* in vista di una opportuna *prevenzione* della depressione. In quella seduta plenaria si giunse, quindi, a dare alla tematica e al conseguente impegno del Comitato il titolo che definitivamente esso ha da allora assunto e si invitò il prof. Luciano Eusebi –tra i più lucidi sostenitori dell'opportunità di congiungere la riflessione sull'aiuto alle donne in gravidanza e quella sulla depressione *post partum*- ad assumere, assieme

alla prof.ssa Gaddini, la moderazione del nuovo gruppo di lavoro che si veniva ad istituire. Annunciarono subito di voler partecipare ai lavori del gruppo i proff. Battaglia, Binetti, Coghi, Forleo, Flamigni; ad essi si aggiunsero successivamente altri colleghi, quali i proff. Bompiani, Borgia, Caporale, Casini, Di Pietro, Guidoni, Palazzani.

Il gruppo di lavoro tenne la prima riunione il 21 novembre 2002; dopo un successivo incontro nel dicembre dello stesso anno, esso si è riunito cinque volte nel 2003, tre volte nel 2004 e altre quattro volte nel 2005. Le riunioni del gruppo sono sempre state molto intense e molto vivaci, anche perché all'interno del gruppo vennero a manifestarsi fin dall'inizio due diverse linee di elaborazione del tema: quella volta a intendere il tema dell'aiuto alle donne in gravidanza come da riconnettere *esclusivamente* al rischio della depressione *post partum* e quella invece volta ad approfondire in modo compiuto il tema dell'aiuto alle donne in gravidanza, anche in funzione di prevenzione dell'aborto (secondo le esplicite disposizioni dell'art. 5 della L. 194/1978) e indipendentemente quindi dalla stretta finalizzazione di questo tema a quello della depressione. Nel gruppo si sono manifestate opinioni, anche molto autorevoli, come quella del prof. Carlo Flamigni, contrarie a questa seconda opzione e ad esse si è avvicinata la stessa prof.ssa Gaddini. Peraltro *questa linea è restata minoritaria all'interno del gruppo di lavoro*, così come è rimasta minoritaria quando è stata riproposta da chi scrive al Comitato nella seduta plenaria del....., che ha invece confermato a stragrande maggioranza l'opportunità di tenere unite le "due anime" del documento, a condizione peraltro che venissero scandite in due distinte sezioni, coordinate tra loro, ma anche facilmente isolabili l'una dall'altra. Tutti i membri del gruppo hanno collaborato all'elaborazione della bozza del documento; il prof. Eusebi lo ha più volte rivisto, dando prova di grande disponibilità e pazienza; alla prof.ssa Gaddini è spettata la redazione delle pagine di particolare rilievo psicologico e psicanalitico; la prof. Coghi lo ha efficacemente revisionato e integrato, in particolare per quel che concerne la seconda parte; particolare gratitudine va manifestata alla prof.ssa Cinzia Caporale, che molto si è adoperata per ottenere la massima convergenza *possibile* sul testo: del successo della sua opera è testimonianza il veramente esiguo numero dei membri del Comitato che non si sono riconosciuti alla fine nelle pagine che oggi diamo alle stampe.

Al Comitato riunito in seduta plenaria la bozza del documento elaborata dal gruppo di lavoro è giunta il 15 luglio del 2005. Sono state necessarie ben altre cinque sedute plenarie (il 16 settembre, 30 settembre, 21 ottobre, 18 novembre e 16 dicembre) per discutere fino in fondo –e in alcuni punti per revisionare radicalmente– la bozza predisposta dal gruppo di lavoro. Un membro del Comitato, il prof. Carlo Flamigni, pur partecipando a ben quattro delle sei sedute plenarie dedicate al tema (per la precisione a quella del 15 luglio, del 30 settembre, del 21 ottobre e del 18 novembre del 2005), ha dichiarato di astenersi dai lavori al riguardo, non condividendo l'impostazione strutturale del documento; [di questa sua presenza (documentata a verbale) va qui data notizia, dato che purtroppo su un importante organo di stampa quotidiana è stata pubblicata la notizia, del tutto infondata, secondo la quale il prof. Flamigni *non sarebbe stato informato* o addirittura *non sarebbe stato avvertito dell'ordine del giorno* dei lavori del Comitato]; analoghi dubbi ha manifestato più di una volta anche il prof. Mauro Barni.

Nella seduta del 21 ottobre del 2005 il Comitato ha approvato la prima parte del documento. Nella seduta del 16 dicembre 2005 il Comitato ha infine approvato la seconda parte del documento e con una ulteriore votazione il documento nel suo complesso. Si sono astenuti in sede di votazione i proff. Forleo, Garattini e Schiavone. Si è espresso con voto contrario il prof. Mauro Barni.

Chi scrive si augura che, al di là di dissensi che vanno reputati obiettivamente marginali, si possa cogliere in questa fatica del CNB l'alto impegno bioetico che la contraddistingue.

Prof. Francesco D'Agostino
Presidente del *Comitato Nazionale per la Bioetica*

INTRODUZIONE

1. In un precedente documento, dal titolo «La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico», il CNB ha posto in evidenza gli aspetti bioetici concernenti simili *stati vitali* della madre e del figlio, ritenendoli meritevoli non solo di una tutela relativa alla salute e alla vita, ma anche di un'adeguata protezione con riguardo agli aspetti psicologici e sociali.

Su questa base il CNB intende considerare, col presente testo, le esigenze di aiuto in favore della donna riferibili – entro il quadro della normativa vigente – alla gravidanza e alla fase del *post-partum*, sottolineando il significato bioetico che riveste, in rapporto a tali esigenze, la concretezza della risposta sociale e istituzionale: ciò anche alla luce del rinnovato interesse sociale riscontrabile per simile fase della vita e per i suoi problemi¹.

Particolare attenzione, anche su invito del Ministro della Salute, è dedicata al tema del disagio psichico che può insorgere nella madre, talora con molta evidenza, durante il puerperio, attraverso manifestazioni che vanno dai mutamenti dell'umore, al *blues*, alla depressione *post-partum*, fino alle psicosi puerperali. Si tratta di accadimenti i quali, date le peculiarità del legame tra madre e figlio che s'instaura con la gravidanza, sono suscettibili anche di una ricaduta diretta sulla vita di quest'ultimo, nonché, comunque, di gravi tensioni quanto all'interazione della madre con il neonato.

L'approccio unitario verso i molteplici profili che può assumere, per la donna, l'aiuto connesso alla sequenza gravidanza-parto-puerperio si propone pertanto di incentivare la riflessione sul profondo significato complessivo di simile condizione – unica nelle sue caratteristiche – della vita della donna come pure di ciascun essere umano, in modo da contribuire a proteggerla da eventuali conseguenze traumatiche.

2. La gravidanza costituisce per la donna un banco di prova tra i più impegnativi, dato l'impegno biologico e di elaborazione psichica che l'evento, pur racchiuso entro limiti cronologici ben precisi, comporta. Costituisce, altresì, un banco di prova nel progetto di vita della coppia, quale naturale evoluzione maturativa di quest'ultima.

Si tratta di un evento che pur accadendo in un tempo preciso prende le mosse da molto lontano, riassumendo in sé l'incidenza di varie componenti, quali le famiglie di origine dei due partner, la loro storia biologica e psichica, l'ambiente socio-culturale in cui sono cresciuti: tale evento assume, pertanto, una complessità e una singolarità del tutto peculiari, che rimandano a molti possibili punti fragili.

Tutto in gravidanza avviene all'insegna di modificazioni vistose, non paragonabili, per la loro portata, a quelle caratterizzanti altre epoche di passaggio della vita femminile quali, ad esempio, l'adolescenza e la menopausa, che si dipanano in tempi più lunghi. Da un punto di vista biologico l'organismo diventa un laboratorio che si attiva in modo eccezionale per garantire lo sviluppo del nuovo individuo, per realizzare una serie di aggiustamenti alle nuove esigenze, per creare, tra l'altro, lo spazio fisico necessario alla gravidanza medesima, attraverso una trasformazione corporea veramente importante.

A tale intenso lavoro biologico fa riscontro una mobilitazione psichica molto impegnativa, che deve affrontare la nuova realtà, ma anche fronteggiare il riapparire di conflitti del passato, in una situazione di aumentata permeabilità tra la sfera somatica e l'aspetto mentale, con riverberazioni e interferenze reciproche fra tali piani.

La struttura personale della donna è dunque coinvolta a tutti i livelli nell'esperienza della gravidanza: a livello biologico fisico e fisiologico, a livello psicologico e psicomotivo, ma anche a livello relazionale e spirituale.

¹ Si consideri, fra l'altro, come il nostro paese si caratterizzi, in Europa, per il tasso più basso di natalità e per l'età media più avanzata (30 anni) del primo parto.

La gravidanza, infatti, incide su tutte le relazioni che la madre vive: su quella con se stessa e col partner, ma pure su quelle attinenti alla famiglia, alle amicizie, al lavoro; soprattutto, peraltro, essa investe la relazione col figlio che la madre ha *in sé*, e non semplicemente *davanti a sé*: caso – unico – in cui un individuo contiene in sé un altro individuo; dunque, caso degno di specialissima attenzione e sostegno da parte della società, anche in quanto prototipo di ogni relazione intima o di cura.

Per questi aspetti la gravidanza rimanda a ciò che *supera* il vedere, il toccare, il sentire emotivamente, vale a dire a una realtà (la si potrebbe definire *misterica*) che non è possibile possedere, delimitare, dominare in modo pieno.

Accostarsi pertanto alla gravidanza presuppone un approccio globale che tenga conto il più possibile dei vari aspetti in gioco al fine di poter individuare lo spazio per un “aiuto alla donna” che la vivrà, la stia vivendo o l’abbia appena vissuta.

La gravidanza e con essa il puerperio e l’allattamento rappresentano, quindi, una sequenza di eventi che sono fin dall’inizio biologici, psicologici e relazionali. Ora, mentre gli eventi biologici hanno una sequenza per lo più prevedibile e relativamente omogenea, gli eventi psicologici e relazionali si inseriscono nella vicenda esistenziale della persona coinvolta, configurandosi in tal modo secondo una variabilità assai estesa.

Date queste premesse, si è soliti considerare la gravidanza, specie la prima gravidanza e la gravidanza nella sua prima fase, come momento di crisi, intendendosi per crisi l’insieme dei cambiamenti che si verificano in concomitanza con alcuni eventi nodali della vita. Sotto l’influenza di fatti biologici e psicologici, tra loro complementari e interattivi, si realizzano, durante la gravidanza, trasformazioni sostanziali proprio rispetto ai fattori strutturanti l’organizzazione della personalità. La gravidanza, pertanto, costituisce una fase critica della vita, nella quale lo sviluppo psicologico è chiamato, in certa misura, a mutare direzione, il che comporta una sorta di *ripresa* nella crescita individuale: si tratta, conseguentemente, di una fase ricca di innumerevoli potenzialità evolutive, ma nel contempo aperta a rischi che non vanno sottovalutati.

È auspicabile che queste evoluzioni vengano seguite con un’attenzione anche di tipo psicologico, per evitare che giungano a nostra conoscenza solo gli scompensi psichici clinicamente manifesti o che abbiano già determinato conseguenze gravi.

Presenti determinate caratteristiche della personalità, possono infatti determinarsi squilibri concernenti la gravidanza tali da far assumere ai summenzionati profili di crisi aspetto psicopatologico, talora con modalità di risposta francamente psicotiche, fino alla configurabilità delle c.d. psicosi puerperali.

Dinanzi alla necessità di prevenire simili fenomeni non sembra giovare, peraltro, la tendenza, che talora assume i contorni di una vera e propria sollecitazione culturale, verso un approccio esclusivamente medico alla gravidanza e alla maternità. Simile prospettiva riduzionistica impoverisce, d’altra parte, l’esperienza stessa della maternità e, in tal modo, la donna che la vive. Anche il linguaggio tradisce questo modo di pensare: non a caso, parliamo assai più di gravidanza che di maternità, di protocolli diagnostici da seguire in un iter vincolante piuttosto che di crescita umana riferita alla gestazione, e così via.

Si tende a ignorare, in questo modo, il sostegno psicologico della madre e della coppia durante la gravidanza, limitandolo ai soli casi in cui uno scompenso risulti ormai evidente.

3. Date queste premesse, il CNB ha elaborato due distinte riflessioni, proposte nel prosieguo del documento: l’una riferita all’aiuto cui ogni donna ha diritto durante la gravidanza, sulla base di un’analisi relativa ai problemi emergenti nelle diverse fasi della gestazione e alla formazione dei giovani alla genitorialità; l’altra orientata ad analizzare, sulla base di un approccio più specificamente psicologico, le motivazioni, le prospettive di prevenzione e le possibilità di cura delle diverse patologie *post-partum*.

L'AIUTO ALLA DONNA IN GRAVIDANZA

1. *Le problematiche relative alla prima fase della gravidanza.* – L'inizio della gravidanza apre per la donna un periodo di grandi tensioni emozionali: sul piano psicodinamico esse comprendono processi di *maturazione*, verso il raggiungimento del nuovo ruolo, che riattualizza l'esperienza del rapporto con la propria madre e ne provoca una rielaborazione, e processi di *regressione*, perché ogni nuova realtà causa ansie e induce a cercare affetto rassicurante secondo i modi sperimentati nel passato.

Le prime settimane appaiono non di rado segnate da sentimenti ambivalenti, di compiacimento per l'esistenza del figlio, ma anche di timore nei suoi confronti, posto che il figlio s'impone con le leggi della sua crescita. Sotto questo profilo, l'ambivalenza può tradursi in malesseri così diffusi da essere considerati fisiologici.

Durante la gravidanza simile ambivalenza evolve nel riconoscimento sempre più chiaro del figlio, dando luogo all'assunzione del ruolo materno. Non sempre, peraltro, senza difficoltà: difficoltà il cui superamento trarrebbe beneficio dalla disponibilità di un supporto psicologico, che dovrebbe risultare eventualmente accessibile anche alla figura paterna.

La fase in esame della gravidanza può essere descritta all'interno di alcuni limiti temporali e con alcune caratteristiche generalmente riconosciuti:

a) l'aver essa inizio nel momento in cui si realizza la consapevolezza dello stato di gravidanza e, dunque, della maternità in atto;

b) il sussistere di una conflittualità intrapsichica – rispetto al dover far spazio nel fisico, nella mente, nella vita al figlio che c'è, cresce, impone di fatto i suoi ritmi, i suoi bisogni, le leggi del suo sviluppo – tra istanze di accoglienza, sempre presenti nella struttura profonda della personalità femminile, e istanze, riscontrabili in ogni individuo, di non accoglienza e di affermazione immediata di sé;

c) il suo caratterizzarsi, dunque, quale fase di passaggio dall'ambivalenza all'accoglimento interiore della gravidanza, che in tal modo, psicologicamente, viene fatta propria dalla donna: ciò attraverso l'organizzarsi del rapporto madre-figlio nel coordinamento delle rispettive identità ed esigenze, il rafforzarsi o lo strutturarsi del rapporto di coppia dinanzi alla realtà del figlio, il percorso verso l'affermazione del proprio ruolo da parte della madre, accompagnato dal riconoscimento di tale ruolo da parte della società.

Nel caso di ostacoli e/o difficoltà emozionali, l'aiuto alla donna durante la fase di interiorizzazione della gravidanza assumerà dunque i contorni del sostegno all'evoluzione naturale di quest'ultima.

Va peraltro considerata, in questo quadro, la problematica che investe l'interruzione volontaria della gravidanza, la cui praticabilità (di fatto o nei limiti legalmente definiti) modifica in non pochi casi le dinamiche psicologiche fondamentali relative alla prima fase della gestazione: per molte donne, e in ampia misura nello stesso sentire diffuso, tale fase, infatti, viene conseguentemente a configurarsi come l'ambito temporale in cui si prende posizione, in pratica, circa la disponibilità o la non disponibilità a proseguire la gravidanza.

Ci troviamo dunque di fronte ad aspetti diversi della prima fase in esame, che dovranno riflettersi in corrispondenti modalità di aiuto alla donna.

Ne deriva che l'aiuto materiale e psicologico, espressione di una disponibilità empatica al sostegno e inteso a favorire un approccio sereno alla gestazione, dovrà operare a beneficio di ogni donna che si trovi a vivere una gravidanza, e non essere limitato alle sole situazioni, o all'ambito temporale, in cui la donna già si sia posta in una prospettiva di prosecuzione della medesima.

Appare pertanto necessaria una riflessione sull'attività dei consultori, degli operatori sociali, dei servizi ospedalieri ostetrico-ginecologici e, in genere, dei medici che incontrano la donna allorché si rende conto di essere incinta. L'impostazione del colloquio psicologico e del colloquio di aiuto non

potrà trascurare di dare rilievo al valore dell'*accoglienza* (per la donna, per il figlio, per il padre, per la società), manifestando un orientamento positivo verso di essa.

2. *L'attenzione verso le difficoltà.* – Particolare interesse dovrebbe essere dedicato all'analisi e al contrasto delle molteplici difficoltà che oggi, non di rado, sembrano ostacolare il desiderio di una gravidanza o la possibilità di viverla in modo sereno.

Questi, fra i molti, alcuni dei temi che appaiono rilevanti:

a) al di là delle situazioni di conflittualità, è il passaggio in sé dall'essere «coppia» all'essere «coppia genitoriale» e «famiglia» che spesso viene oggi vissuto come problematico: in molti casi i soggetti del rapporto sembrano limitare l'orizzonte di quest'ultimo, almeno per un lungo periodo, alla dimensione di coppia, manifestando scarsa motivazione a sentire come proprio l'aspetto genitoriale;

b) è vissuto con fatica da molte donne l'agire come persone che concorrono alla costruzione della società civile nei medesimi ruoli accessibili agli uomini e che, a un tempo, trovano realizzazione nella maternità quale espressione potenziale tipica della loro identità;

c) entrano in gioco, oltre alle condizioni esistenziali della donna, le difficoltà della vita quotidiana secondo il modello che caratterizza, nella nostra epoca, le relazioni sociali (difficoltà di natura economica, concernenti la conservazione di un certo standard di vita, il lavoro, la gestione degli orari e in genere del tempo, la carenza di supporti familiari d'appoggio o di servizi sufficientemente numerosi e sufficientemente disponibili per rispondere ai bisogni effettivi).

d) assume un ruolo non trascurabile l'aspetto della competizione, in una fascia d'età che risulta la più importante per l'inserimento in un'attività professionale; del pari, vanno considerati i problemi concernenti la garanzia del mantenimento dell'impiego; né si possono ignorare ambiti di elusione delle stesse norme intese a garantire la libertà delle lavoratrici di intraprendere una gravidanza.

In tale quadro si rivela comunque importante ai fini di un atteggiamento positivo nei confronti della gravidanza l'aiuto all'elaborazione, da parte della donna, di uno spazio mentale per il figlio, che apra alla possibilità di assumere un ruolo attivo verso la prospettiva di una gravidanza o verso una gravidanza in atto e alle connesse fantasie progettuali: spazio il quale risulta limitato, soprattutto, da conflitti con il partner, con la famiglia di origine o con i propri progetti di vita, da un non sufficiente sostegno alle madri *single*, ecc. (mentre i condizionamenti derivanti da situazioni concrete, come quelle di carattere economico o logistico, sembrano rivestire minor forza).

Da tutto ciò emerge la necessità di una particolare formazione dei ginecologi e del personale sanitario, per renderlo capace di comprendere le varie modalità con cui le donne si pongono dinanzi alla prospettiva o alla realtà di una gravidanza. Simile preparazione dovrà essere orientata a cogliere i possibili conflitti esistenti rispetto alla medesima, dando largo spazio all'ascolto e alla ricerca delle condizioni per la sussistenza dello spazio mentale relativo al figlio.

[0]

3. *Le indagini sulla salute del feto.* – Un ulteriore aspetto che va preso accuratamente in esame per quanto concerne l'aiuto alla donna in gravidanza è costituito dalla disponibilità e dall'ampia utilizzazione di mezzi intesi a monitorare lo sviluppo del feto e a riscontrarne le caratteristiche genetiche.

[0]Nella prospettiva di questo documento va in particolare rilevato, a tal proposito, che indagini, soprattutto genetiche, tanto dense di implicazioni psicologiche ed etiche devono essere sempre precedute e seguite, come peraltro previsto nelle diverse linee guida, da un *counselling* con il genetista, il ginecologo e il pediatra (mentre risulta che nel 2002 solo il 20% dei test è stato accompagnato dalla consulenza genetica). Appaiono del resto inevitabili alcune riserve concernenti anche lo stesso profilo qualitativo (si consideri che solo il 25% dei Centri italiani risulta possedere una certificazione di qualità).

C'è il pericolo che la diagnostica prenatale sia intesa come *business*, tanto più in contesti di disponibilità dei test senza controllo medico, e non tenga nel dovuto conto i nodi problematici

fondamentali dal punto di vista etico, dal punto di vista medico (uso appropriato, in particolare, di test genetici sicuri ed efficaci da svolgersi in laboratori con elevati standard di qualità) e dal punto di vista psicologico.

La presenza del genetista risulta indispensabile per dare informazioni adeguate prima e dopo il test, tenendo tra l'altro presente che in molti casi possono darsi solo risposte di tipo probabilistico (tra l'altro limitate anche dall'incidenza di falsi positivi e falsi negativi) o tali da non poter fornire certezze con riguardo alla gamma di gravità che una malattia può presentare. Va evidenziato, in questo senso, il rischio che si diffonda una mentalità – una deriva culturale – genetico-tecnologica la quale attribuisca ai dati genetici un ruolo deterministico totalizzante e favorisca un atteggiamento sociale di rifiuto dei soggetti considerati anomali, presentando come intollerabile la malattia del feto.

Per lo più, dunque, gli esiti delle indagini richiamate non appaiono finora comunicati, sebbene ciò sarebbe eticamente indispensabile, nel quadro di un dialogo il quale prepari e faciliti la elaborazione di eventuali notizie negative e della sofferenza che ne derivi. È anzi talora riscontrabile una mera sollecitazione alle indagini, dipendente da considerazioni di supposta autotutela medica.

Il rilievo già segnalato dell'aiuto psicologico relativo alla gravidanza, tale da contribuire a un atteggiamento responsabile, assume pertanto profili peculiari con riguardo al riscontro di un dato genetico negativo concernente il feto, anche al fine di evitare una sorta di automaticità tra determinati risultati di test genetici ed esiti abortivi.

La donna e la coppia, in particolare, hanno diritto a conoscere con precisione, nell'ambito di riscontri diagnostici prenatali, non solo i dati clinici obiettivamente acquisiti, ma anche il loro significato e a poter altresì disporre di adeguate informazioni sulle risorse disponibili circa l'accoglienza, l'educazione e la cura di un figlio con problemi evidenziati durante la gravidanza, come pure a poter contare su una solidarietà istituzionale e umana costante e duratura nel tempo, esigenza, quest'ultima, spesso disattesa.

4. *Profili educativi.* – S'impone, inoltre, un'attenzione nuova concernente la formazione e l'orientamento dei giovani in rapporto alla gravidanza.

In particolare va rilevato, fra le molte considerazioni possibili, come siano assai diffusi modelli di comportamento sessuale caratterizzati da un filo conduttore di fondo, rappresentato dalla separazione a priori tra sessualità e prospettiva della procreazione, o più in generale tra vita di coppia e genitorialità.

Appare spesso assente la formazione all'assunzione futura della responsabilità rappresentata dalla generazione e a una generazione responsabile. Il senso di responsabilità personale cui molti giovani, in proposito, sono educati non supera il livello della difesa dai rischi di infezione e di gravidanza con gli strumenti della contraccezione meccanica o chimica.

Rappresenterebbe tuttavia un impoverimento grave privare i giovani della riflessione sull'apertura alla generazione della vita, che ha nella sessualità la sua premessa, come pure dell'informazione relativa al riconoscimento della fertilità. Appare in questo senso fondamentale estendere la percezione del senso di responsabilità dei giovani rispetto al possibile determinarsi della vita di un nuovo individuo. Non può dirsi, dunque, soddisfacente fare educazione sessuale senza educazione alla generazione della vita.

Risulterebbe superficiale, per esempio, affrontare il fenomeno delle gravidanze di ragazze minorenni come problema attinente alla mera informazione sui contraccettivi. Né sarebbe appagante limitarsi a proporre sostegni per l'eventualità di una gravidanza iniziata.

Non di rado i giovani sono incoraggiati a pensare, nel caso in cui si determini una gravidanza precoce, che la soluzione stia nel non coinvolgere i genitori e a illudersi che «poi», dopo l'eventuale interruzione di tale gravidanza, tutto tornerà come prima; raramente sono aiutati ad analizzare il carico psicologico di un ingresso nella vita segnato da un'esperienza abortiva.

Di certo, risulta necessario riflettere sulla realtà educativa della giovane donna e del giovane uomo, fin dal tempo dell'adolescenza: è da allora, infatti, che comincia la possibilità di un'informazione chiara, oggettiva e coinvolgente sulla gravidanza nei suoi profili fisici ed emotivi, sullo sviluppo prenatale del bambino, sul significato umano della maternità e della paternità.

Un ulteriore profilo concerne il rilievo della formazione all'accoglienza, intesa a evitare i problemi legati alla prospettiva di una mera realizzazione attraverso il figlio di esigenze psicologiche dei genitori o di troppo specifiche aspettative. In un simile contesto, infatti, solo a prima vista si realizzerebbe una sorta di accoglienza «rafforzata», posto che qualunque motivazione della medesima diversa da quella riferita all'esistenza stessa del figlio potrebbe rendere i genitori più insicuri rispetto a difficoltà che dovessero insorgere in futuro. Anche se oggi si nasce spesso nell'ambito di scelte fortemente motivate in rapporto ai vissuti dei genitori, trascuratezze e violenze sui bambini non sembrano, del resto, significativamente diminuite.

5. *L'aiuto alla donna dinanzi all'ipotesi di interruzione della gravidanza.* – Per quanto concerne, in particolare, l'aiuto alla donna che prenda in considerazione una possibile interruzione della gravidanza va constatato, anzitutto, come tale ipotesi si collochi nella fase di ambivalenza precedentemente descritta e risulti pertanto riferita a un contesto di particolare fragilità emozionale.

Appare d'altra parte evidente che se il processo avviato con il concepimento s'interrompe, in modo volontario o anche spontaneo, l'ambivalenza summenzionata viene a mancare di un'elaborazione costruttiva, col possibile prodursi di effetti destabilizzanti.

La gravidanza non è solo un fatto fisico e non è solo fisico il rapporto con il figlio: non a caso, il lutto della eventuale perdita del figlio richiede elaborazione, perché il figlio intrapsichicamente rimane. Confinare la gravidanza nel *corpo* della donna e ignorare l'intensità del coinvolgimento interiore che essa comporta (è significativo che si parli di *desiderio di gravidanza* e di *maternità*), dimenticando in tal modo la complessità della psicodinamica gravidica, è operazione suscettibile di indurre la donna a svalutare o negare la realtà affettiva e relazionale che sta vivendo.

Oltre ai problemi inerenti al contesto di vita della donna appare pertanto necessario prendere in esame, dal punto di vista dell'aiuto psicologico, il rapporto proprio della donna con la realtà stessa della gravidanza: eludere questo tema significherebbe non considerare il ruolo che assume, per la donna medesima, il *contenuto* della decisione riferita all'ipotesi abortiva.

L'aborto ha uno spessore oggettivo che va oltre i «vissuti» individuali e, pertanto, la realtà rappresentata dal sussistere del concepito non può non prendere consistenza nel colloquio.

Lavorare sui «vissuti» interiori della donna rispetto a una gravidanza inaspettata o non desiderata risulta in particolare molto importante quando la relazione di coppia è problematica. La donna che si sente sola di fronte a una maternità sperimenta insicurezza circa le proprie capacità, insieme alla paura di non riuscire a gestire autonomamente la situazione. L'angoscia di non essere psicologicamente in grado di affrontare l'ambiente sfavorevole può prevalere sulla percezione interiore della sua stessa positività. Ed è proprio questo il momento in cui può determinarsi un'opzione abortiva, che coinvolge, oltre a quella del figlio, anche la vita della donna, inibendo la realizzazione di aspetti positivi della sua identità.

Quando coloro ai quali la donna si rivolge, anche indirettamente, per un sostegno le rimandano, di fatto, un giudizio negativo («non ce la fai»), tale giudizio potrebbe trasformarsi in un messaggio molto insidioso per l'immagine che la donna struttura dentro di sé rispetto alle sue risorse personali: nelle ricerche sul post-aborto la donna manifesta in molti casi un aumento della disistima, non solo in rapporto a eventuali sentimenti di colpa, ma anche in rapporto al giudizio di sé («non sei stata capace»).

L'assunto di principio secondo cui lo stato di gravidanza rappresenta una condizione che esige forme specifiche di aiuto in favore della donna, dato il valore umano della gestazione e l'impegno che esso richiede alla gestante, costituisce un dato universalmente condiviso ed espresso in vari testi normativi, fra i quali la legge n. 194/1978, la cui intitolazione fa innanzitutto riferimento alla *tutela sociale della maternità*.

In particolare, le disposizioni di cui all'art. 5 di tale legge, che s'incentrano sul concetto di aiuto alla donna da offrirsi nel momento in cui accede al colloquio previsto dalla normativa summenzionata, avrebbero dovuto costituire l'aspetto unanimemente condiviso dell'approccio sociale e giuridico al problema dell'aborto, ma la loro attuazione – secondo un giudizio ampiamente condiviso – è rimasta insufficiente.

Simili disposizioni, orientate al fine di «rimuovere le cause che porterebbero [la donna] all'interruzione della gravidanza», muovono nel senso di un impegno dei servizi socio-sanitari sia nell'interesse della donna, sia nell'interesse del concepito ed esprimono la *non indifferenza*, in ogni caso, dell'ordinamento giuridico rispetto alla prospettiva di un'interruzione della gravidanza. In tal senso, rispondono a una finalità preventiva dell'aborto da realizzarsi, secondo la volontà espressa dal legislatore, attraverso il dialogo e l'aiuto (a tal proposito, una speciale attenzione va oggi riferita alle donne immigrate, soprattutto nel caso in cui la loro presenza in Italia non risulti regolare).

Si tratta di un indirizzo che dev'essere perseguito pure nel caso in cui il colloquio venga effettuato presso un medico di fiducia (rendendo tra l'altro disponibili al medesimo formazione adeguata e indicazioni metodologiche), in modo tale che non vadano perdute, anche in quel caso, le opportunità derivanti dall'orientamento al dialogo e all'aiuto, secondo le indicazioni della normativa in esame.

Risulta, in sintesi, fondamentale il recupero di un ampio impegno condiviso a sostegno alla donna in gravidanza, così da rendere palese nel contesto sociale e nelle pubbliche istituzioni un clima positivo, di simpatia e disponibilità solidaristica, verso la gravidanza in atto, clima la cui percettibilità è sembrata, non di rado, scarsa; e così da contrastare effetti di scoraggiamento o addirittura di colpevolizzazione della donna che, disponendosi ad affrontare una gravidanza per qualsiasi verso problematica, assuma per sé, e indirettamente per la società, una serie di oneri.

Nel medesimo senso, va superata la logica, sovente riscontrabile, che vede nella gravidanza una sorta di contrapposizione intrinseca fra gli interessi della donna e quelli del concepito: tenendo conto, fra l'altro, dell'incidenza che l'interruzione di una gravidanza potrebbe avere sul vissuto futuro della donna, come attestano molte esperienze post-abortive.

L'attuazione delle norme richiamate risponde del resto alla scelta legislativa di richiedere, nel caso in cui s'ipotizzi l'interruzione volontaria di una gravidanza, il confronto della donna con strutture o soggetti indicati dall'ordinamento giuridico².

In questo quadro, appare importante una seria progettazione delle modalità con cui venga svolto il colloquio con la donna richiesto dalla legge n. 194/1978, specie per gli aspetti non strettamente medici. In particolare, sarebbe necessario distinguere, nel colloquio, una prima fase intesa all'aiuto sociale e psicologico, non coincidente con quella in cui si rende possibile il rilascio del documento previsto dall'art. 5, ultimo comma, e tale da coinvolgere competenze ulteriori a quella sanitaria (non comportando ancora il rilascio del suddetto documento, la partecipazione a tale fase non pone problemi connessi all'obiezione di coscienza). L'aiuto di carattere sociale dovrebbe, tra l'altro, rendere immediatamente disponibili alla donna tutti i contatti necessari per risolvere problemi materiali (di abitazione, lavoro, ecc.).

Analoghe esigenze di aiuto, sostegno e riflessione sussistono dal punto di vista etico in presenza dei fattori rilevanti ai sensi dell'art. 6 l. n. 194/1978, tra il novantesimo giorno di gestazione e il momento in cui vi sia una possibilità di vita autonoma del feto, sebbene in questo caso il *colloquio* non sia espressamente previsto dalla legge. Peraltro, la necessità che pure in tale contesto le suddette esigenze vengano soddisfatte attraverso una fase, comunque denominata, di *colloquio* appare riconducibile al principio generale secondo cui qualsiasi intervento medico dev'essere condotto sulla base di un'informazione adeguata alla situazione concreta.

Non sarebbe infatti accettabile, sia rispetto ai diritti della donna, sia rispetto alla dignità dei portatori di anomalie o malformazioni, che nell'ipotesi più frequente relativa al menzionato art. 6 –

² Non sarebbe infatti costituzionalmente ammissibile che la problematica concernente l'interruzione della gravidanza venisse affrontata secondo «un regime di totale libera disponibilità da parte della singola gestante» (Corte cost. n. 35/1997).

quella in cui un grave pericolo per la salute psichica della donna in caso di prosecuzione della gravidanza risulti riferito a «rilevanti anomalie o malformazioni» del feto – si consideri nel sentire sociale il ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza come scontato.

L'esigenza di aiuto psicologico alla donna investe, ovviamente, anche il caso in cui un'interruzione della gravidanza sia stata effettuata; se è vero, infatti, che lo stesso aborto spontaneo richiede un'elaborazione del lutto per la perdita, a maggior ragione sarà necessario un supporto psicologico nel caso di interruzione volontaria della gravidanza.

6. *Il ruolo delle politiche sociali* – Non può infine non ribadirsi il rilievo anche bioetico, ai fini dell'aiuto alle donne in gravidanza, delle politiche sociali di sostegno alla maternità, specie con riguardo alla tutela della famiglia³, delle madri sole e prive di adeguati mezzi economici nonché delle madri a qualsiasi titolo lavoratrici, ai servizi per la prima infanzia, al riconoscimento dell'impegno sostenuto dai genitori per il mantenimento e l'educazione dei figli.

Tali fattori rappresentano, infatti, precondizioni fondamentali per un riconoscimento effettivo del valore sociale della maternità e, complessivamente, della genitorialità.

Un'attenzione particolare dev'essere riservata alla tutela della gravidanza di donne immigrate in forma non regolare.

L'aiuto alla donna in gravidanza esige dunque profili di intervento diversi e complementari, che coinvolgono dimensioni educative, psicologiche, sanitarie e sociali.

La relegazione di una donna nella solitudine, sia essa materiale o morale, dinanzi all'impegno della maternità costituisce infatti violazione radicale della dignità umana della donna medesima e del figlio, e nel contempo rappresenta il fallimento dei vincoli solidaristici fondamentali per la convivenza civile.

GLI ASPETTI BIOETICI DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM

1. *Il parto e il puerperio*. – Prima di considerare direttamente le variazioni del tono dell'umore che si verificano nel *post-partum*⁴, ma che possono essere presenti anche in gravidanza e prolungarsi nel periodo post-natale, appare opportuno accennare al significato che i passaggi intercorrenti tra la gravidanza, il parto e il puerperio rappresentano per la donna.

Il parto costituisce una cesura, un punto di non ritorno fra un prima e un dopo. Il superamento del varco della separazione biologica, se pur previsto, si impone con tutta la sua concretezza e segna il passaggio, con la fine della gravidanza, a una nuova dimensione della maternità. La separazione

³ L'investimento pubblico in favore della famiglia rispetto alla spesa sociale resta nel nostro paese notevolmente inferiore (4,2%) rispetto a quello di altri grandi paesi europei.

⁴ Il termine *post-partum* non viene inteso in questo documento in senso strettamente ostetrico come quel periodo che – in base alla classificazione normativa italiana – comprende le 2 ore successive alla espulsione o all'estrazione della placenta. Viene inteso, in senso lato, come periodo di esperienza esistenziale successiva al parto (coerentemente alla accezione fatta propria dalla letteratura internazionale), periodo la cui durata risulta difficilmente definibile. Il puerperio è classificato, invece, come periodo di tempo che inizia dopo l'espulsione della placenta (dunque comprendendo anche le 2 ore del «*post-partum*» normativo) e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica. Convenzionalmente, si assegna al puerperio una durata di 6-8 settimane perché in tale intervallo normalmente si completa la regressione della maggior parte delle modificazioni gravidiche a carico dei vari organi e apparati. Se la donna allatta, nel corso del puerperio si verifica l'attivazione della funzione mammaria (cfr. PESCIOTTO e coll., *Manuale di ginecologia e ostetricia*, SEU, Roma 1989, p. 1063 s.).

biologica rappresenta un vero e proprio punto critico che comporta la rottura di uno stato precedente e implica il costituirsi di un nuovo assetto della persona nei suoi molteplici aspetti.

Il tragitto che conduce dalla gravidanza alla nuova fase del rapporto tra madre e figlio riconosce, secondo l'interpretazione psicologico-analitica consolidata, alcuni punti di maggior rilievo:

- la sensazione di dolore, quasi di sgomento per quanto viene perduto; in altre parole, la perdita di una parte di sé, del proprio corpo, identificata con il suo sé da parte della donna nonostante la consapevolezza della realtà del feto;
- l'apertura al nuovo che viene acquisito: la rottura della summenzionata unità biologica trova la sua corrispondenza dal punto di vista psicologico nel passaggio dal bambino immaginato al bambino toccato e veduto, con possibili delusioni nella percezione di questo scarto;
- il dover far fronte da parte della madre allo spazio vuoto che si è venuto a creare e il suo cercare di colmarlo, con reciproche soddisfazioni.

Tutto questo è possibile solo grazie a una «regressione» in qualche modo pilotata dal neonato, per cui la madre e il neonato riescono a formare un tutt'uno. Winnicott parla di questo particolare stato di fusione come di un vero e proprio *stato psichiatrico* molto particolare della madre, una «malattia normale», la cosiddetta «*preoccupazione materna primaria*», in cui la madre riesce a sviluppare una comprensione istintiva dei bisogni del neonato, anche senza segnali. Questa identificazione della madre con il neonato e la inerente regressione permettono di colmare il vuoto determinatosi dopo il parto, favorendo il senso di continuità con la vita intrauterina. Progressivamente la madre e il neonato superano il senso della separazione indotto dal parto, il che permetterà al neonato medesimo di passare da una dipendenza assoluta a una dipendenza relativa⁵.

Da parte sua il neonato, che non ha ancora raggiunto un senso di integrazione, va cercando una realtà che lo contenga e che lo faccia sentire di più che solo una voce o qualcosa che si avverte con i sensi, e gli restituisca il senso di continuità. L'odore della madre, i suoi ritmi di vita, la sua postura, la sua maniera di muoversi e di comunicare anche solo con il corpo, contribuiscono in qualche misura a restituirgli il senso di continuità, che ha smarrito con la cesura della nascita (Bion, 1979). Ciò che consente, ordinariamente, al neonato di ristabilire la continuità perduta con la resezione del cordone ombelicale è il seno della madre, e in particolare il capezzolo che funziona quasi come un secondo cordone ombelicale.

Nel puerperio la partorientente avverte non di rado il senso di essersi «finalmente svuotata» e, al tempo stesso, di aver perduto parti importanti di sé. Solo attraverso un graduale processo di elaborazione di queste sensazioni, e non senza alternanza tra momenti di fiducia e di depressione, ella giunge ordinariamente a operare il naturale passaggio verso la sua nuova condizione materna. Lo svolgimento di questo percorso psicologico può modularsi, però, secondo ritmi diversi, determinati dalle caratteristiche della donna, della coppia, del contesto ambientale.

Alla luce di queste considerazioni, il miglior modo per favorire lo svolgersi del primo rapporto successivo al parto tra madre e bambino sembra essere quello di non allontanare il neonato dalla madre se non per brevi momenti in quanto, così operando, si permette a entrambi di rassicurarsi, di adattarsi l'uno all'altra e si favorisce l'instaurarsi dell'eventuale allattamento.

Dopo il parto, attraverso stati d'animo ora fiduciosi e promettenti, ora negativi, la donna si incontra con la nuova condizione del figlio, e, per gradi, ha luogo il riconoscimento del medesimo in questa nuova condizione, successiva a mesi di fantasie le più diverse.

2. *Le patologie del post-partum.* – Il passaggio dal parto al puerperio può avere uno svolgimento normale, ma si danno anche situazioni che assumono connotati di difficile adattamento alla nuova

⁵ Il passaggio da una dipendenza assoluta ad una reale interindipendenza, tale da garantire ad entrambi «l'adattamento attivi ai bisogni» è però un passaggio lungo e tortuoso, e comprende il puerperio.

condizione di madre, tanto da determinare stati di sofferenza e anche di angoscia, fino a condizioni decisamente patologiche.

La rilevanza delle situazioni riscontrabili nel *post-partum* non si limita al disagio e alla sofferenza della madre ma ha una diretta ripercussione sul neonato e sulla famiglia. Sono numerosi gli studi che dimostrano che fin dalla nascita il neonato riflette, quasi come in uno specchio (“neuroni specchio”), lo stato d’animo della madre, creando con essa un corto circuito che impronta non solo il loro reciproco rapporto, ma che inciderà anche sul rapporto futuro con il mondo esterno.

Le variazioni che si possono presentare nelle modalità di adattamento alla nuova condizione materna presentano un’ampia gamma di situazioni che si diversificano per l’intensità e la gravità dei disturbi dell’umore. È infatti difficile dare un ordine preciso a un materiale clinico che appare per sua stessa natura estremamente confuso sia per gli infiniti e discussi limiti che la patologia “organica” presenta sia per l’estremo polimorfismo e variabilità del quadro psichiatrico.

Sembra opportuno, a questo punto, precisare i confini nei quali simili complesse situazioni psichiche ed esistenziali devono essere considerate.

Si tratta di situazioni che possono sfumare l’una nell’altra come in un *continuum*, ma che per semplificazione nosografica sono indicate in crescendo come «*maternal blues*», depressione *post-partum*, psicosi puerperale.

Il “*maternal blues*” (termine internazionalmente usato per indicare uno stato depressivo lieve in puerperio) è una turba transitoria dell’umore che si verifica nei primi giorni del *post-partum* con picco tra il terzo e il quinto giorno e con remissione, in genere, intorno al decimo giorno o più raramente dopo qualche settimana. Interessa il 50% circa delle donne (40-80%). Il suo persistere più a lungo, che si ha in una piccola percentuale di casi, e l’intensità dell’alterazione dell’umore suggeriscono di riconsiderare la diagnosi in quanto possono essere indizio dell’evoluzione verso una forma depressiva. L’apparente banalità della patologia non deve indurre a trascurare questo disagio di limitata entità, anche per le possibili ripercussioni sul neonato cui è stato fatto cenno.

La *depressione post-partum* (DPP) che rientra in un quadro patologico di gravità media, è considerata l’espressione più comune della patologia del *post-partum*. Si verifica nel 10% circa delle nascite, è più frequente nelle madri-adolescenti, può durare qualche settimana ma anche qualche mese, posto che una delle sue caratteristiche è un’evoluzione sotto tono che tende alla cronicità. Se non riconosciuta e trattata può continuare anche dopo un anno dall’esordio e ampliare così in termini indefiniti le ripercussioni negative sul bambino. Risulta molto frequente la recidiva (1:3) in una gravidanza successiva. Clinicamente si tratta di sintomi depressivi franchi: perdita di interesse nelle attività abitualmente piacevoli, agitazione psicomotoria, difficoltà nell’affrontare gli eventi più banali, disagio nel gestire i rapporti interpersonali, angoscia associata a stanchezza, anoressia, perdita di peso, insonnia, senso di colpa e soprattutto di inadeguatezza al ruolo materno, con una eccessiva ansia nei confronti della salute del bambino. Accanto alle depressioni malinconiche esistono anche quelle non mentalizzate che si barricano dietro un «sistema pragmatico» per cui le interazioni con il bambino possono essere anche eccessive ma come devitalizzate, senz’anima.

La situazione più preoccupante è rappresentata dalla *psicosi del post-partum*, che peraltro si verifica in un ben più limitato numero di casi: 2-3 casi per mille nascite. Si può sviluppare nei primi giorni del puerperio, generalmente nelle prime settimane dopo il parto ma anche dopo alcuni mesi. Una donna nel primo mese dopo il parto corre il più alto rischio rispetto alla sua intera vita di essere ricoverata in una struttura psichiatrica (Asch, 1992).

Approssimativamente il 70-80% delle psicosi *post-partum* ha luogo in donne che sono inclini alla malattia bi-polare (psicosi maniaco-depressiva). Il rimanente 20-30% delle psicosi si evidenzia in donne già ammalate prima del parto, che si scompensano con la nascita del bambino.

La psicosi *post-partum* è spesso la prima manifestazione di un episodio bipolare della giovane donna e come tutte le malattie bipolari può durare mesi e anche anni, se non interviene l’assistenza adeguata.

Caratteristiche cliniche peculiari sono la sorprendente subitaneità con cui insorge il delirio, l'estremo polimorfismo dei temi deliranti, l'intensità delle reazioni affettive e l'immane contenuto confusionale che rivela un processo di destrutturazione acuta, di entità variabile. Le produzioni deliranti in genere si sviluppano su temi particolari, ripetitivi, come quelli della negazione del matrimonio, del parto, della maternità, dell'esistenza stessa del figlio. È spesso solo durante il ricovero che si viene a conoscenza della pregressa organizzazione di personalità, attraverso una anamnesi accurata (non solo con la paziente, ma anche con i familiari), che tenga conto della storia precedente, con riguardo sia agli eventi esterni, sia a quelli del mondo interno.

Se la psicosi inizia in sordina, ed ha un'impronta sensibilmente depressiva, la madre potrebbe lamentare un aumento dell'insonnia e dell'ansia come segni preliminari, ma quella che aumenta inesorabilmente è la sua angoscia relativa alla propria *incapacità di accudire al bambino*, soprattutto di allattarlo. La donna teme che il bambino muoia, che possa lasciarlo cadere, che non lo sappia nutrire, ecc. Uno specifico fenomeno preoccupante è l'investimento sul neonato che la madre fa delle caratteristiche depressive della propria persona e dei suoi impulsi suicidi. Sentimenti e pensieri come: "io non sono buona a niente, sono il male" vengono spostati sul neonato. Invece di credere se stessa cattiva, o addirittura l'incarnazione del male, la fantasia maniacale può essere proiettata sul bambino, che diventa l'oggetto della disillusione. Quando la neo-madre percepisce il bambino come quintessenza del "male", come un serpente o il diavolo (v. film e libro *Rosemary's Baby*), quello è un momento di pericolo estremo. Gli impulsi suicidi e/o infanticidi si presentano spesso a questo punto: la madre può uccidersi, a volte uccide il bambino, altre volte uccide tutti e due, lanciandosi da una finestra con il bimbo in braccio.

Quando la psicosi *post-partum* si presenta con caratteristiche maniacali invece che depressive, la donna manifesta in genere i tipici segni di maniacalità: esaltazione euforica, sovraeccitazione, mania di grandezza, iperattività, ecc.

In casi estremi si verifica l'infanticidio. L'orripilante evento dell'infanticidio, spesso accompagnato dal suicidio della madre, non sempre è esaminato in profondità e compreso nella sua tragica dinamica. L'attenzione dell'opinione pubblica si è per lo più polarizzata sull'aumento, pubblicizzato dai media, del numero dei processi per infanticidio.

La problematica è diventata oggetto di studio soprattutto da quando il problema dell'abuso nei confronti dell'infanzia viene visto come un problema sociale di primissimo piano. È stupefacente quanto siano scarse le informazioni su una condizione morbosa quale l'infanticidio già nota da tempo e di così estrema gravità. Tale scarsità di informazioni dipende probabilmente dalla inaccettabilità sociale di un tale crimine e dai complessi intrecci di copertura che spesso scattano per ragioni affettive intorno al protagonista. È assai difficile pertanto disporre di dati attendibili, dal momento che, con ogni probabilità, di alcuni casi non si viene a conoscenza.

Diverse secondo le varie legislazioni sono le definizioni di infanticidio e neonaticidio. Secondo la legislazione italiana l'infanticidio viene riconosciuto come situazione particolare, alle stregua di quanto avviene in quasi tutti i Paesi del mondo. Si considera infanticidio la situazione in cui "la madre cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto..." (c.p. art. 578), mentre viene considerato "omicidio" la soppressione del minore a qualunque età, alla stessa stregua di altri omicidi. Altre legislazioni prevedono invece una distinzione tra "neonaticidio" (entro le prime 24 ore) e "infanticidio" (entro il primo anno di vita).

I dati italiani relativi all'infanticidio denunciano una progressione nel tempo (dai 12 casi del 1998 ai 63 del 2001: C. Petrignani, 2002). Secondo dati del Regno Unito i casi di soppressione entro il primo anno di vita sono 30-40 per anno, di cui un quarto neonaticidi.

Una vasta e attendibile rassegna sugli infanticidi svolta da Resnick (1970) se pur datata, sostiene che in Inghilterra, ogni anno, questi siano molto più numerosi. Una stima della frequenza degli infanticidi causati dalla psicosi *post-partum* negli Stati Uniti d'America suggerisce una frequenza annua di 400-500 casi.

Dalla letteratura si evince che il neonaticidio risulterebbe più legato a fattori contingenti (primiparità, difficoltà socio-economiche, l'essere la donna ragazza madre o immigrata), mentre l'infanticidio (nell'accezione anglosassone) rimanderebbe prevalentemente a una patologia psichiatrica.

Tra le manifestazioni allarmanti della depressione *post-partum* si devono considerare i tentativi di suicidio (sotto il profilo psicologico) della madre, dei quali, invece, viene fatto oggetto il figlio. La genesi di tutto ciò è una fantasia (conscia o inconscia) secondo cui il bambino soffre, e soffrirà ogni sorta di male, da cui solo la morte potrà salvarlo. Le dinamiche inconscie del filicidio, in questo caso, implicano la proiezione di sé o, quanto meno, di una parte di sé sul bambino. La morte del bambino implica, alla luce di questa fantasia inconscia, il solo modo di eliminare il terrore e al tempo stesso di liberarsi di ciò che genera terrore.

3. *Conseguenze giuridiche in materia di imputabilità.* – Sulla base delle considerazioni svolte va evidenziato come non possa non essere riconosciuto rilievo giuridico ai fattori psicotici e psicopatologici qui considerati, soprattutto sotto il profilo penale. Tali fattori sono infatti inquadrabili tra quelli che più sicuramente implicano l'esclusione dell'imputabilità, posto che nelle donne di cui stiamo discutendo sussiste senza dubbio uno stato di radicale anomalia circa la rappresentazione della realtà e la formazione del volere, unitamente alla non motivabilità di quest'ultimo attraverso norme.

In proposito va sottolineato che la gravità dell'evento lesivo eventualmente commesso (l'infanticidio o neonaticidio consumato o tentato) non può in alcun modo incidere, sussistendo i fattori suddetti, sul riconoscimento giuridico dello stato di non imputabilità.

Tale riconoscimento consente tra l'altro alla donna interessata una franca espressione dei suoi problemi, sia prima che dopo la eventuale commissione di atti penalmente rilevanti: il che va a beneficio dei livelli effettivi di prevenzione.

4. *Fattori etiopatogenetici della depressione e della psicosi post-partum.* – L'interpretazione patogenetica dei quadri che abbiamo descritto non è tuttora chiaramente definita. Si riscontrano, al riguardo, ipotesi «psicogeniche» a fianco di altre «neurogeniche»: le prime piuttosto propense a valorizzare i messaggi psicodinamici profondi correlati anche al «vissuto» esperienziale, le seconde piuttosto centrate sull'influenza dei fattori genetico-costituzionali, e comunque di «predisposizione» organica in senso lato.

Non possiamo, fra le prime, non richiamare l'importanza del ruolo che hanno avuto nella descrizione delle sintomatologie, dei decorsi e degli esiti le Scuole direttamente o più latamente correlate alla psicoanalisi (in appendice a questo documento verranno presentate - sia pure in sintesi - le interpretazioni patogenetiche fornite da alcune di queste Scuole sull'argomento in esame).

Ci si chiede, peraltro, se abbia ancora senso proporre simili dicotomie di fronte agli stretti rapporti tra *psiche* e *soma* che le neuroscienze sempre più stanno documentando.

Le incertezze nosografiche nella catalogazione dei problemi psichici del *post-partum* testimoniano la complessità interpretativa di questa materia. Si discute se depressione e psicosi *post-partum* (che secondo gli Autori di lingua anglosassone corrispondono alla Depressione Minor e Major del DSM IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) debbano essere considerate patologie specifiche del periodo successivo al parto o presenti anche in gravidanza: in altre parole, se debbano essere intese come connesse significativamente con l'evento costituito dal parto o rientranti nel capitolo generale delle malattie mentali. Secondo il DSM IV la condizione in esame rientra nel capitolo delle psicosi (con la specificazione di «psicosi riguardante l'esordio nel *post-partum*»), dal momento che i fattori generali di rischio vengono considerati prevalenti rispetto all'incidenza specifica del parto.

La scuola francese tende invece a dare dignità nosografica autonoma alle psicosi della gravidanza e del puerperio intendendo compresi sotto questo titolo «tutti gli accidenti psichiatrici

che hanno rapporto con la gravidanza, il puerperio e l'allattamento»: diviene possibile, in tal modo, dare unità a un materiale che andrebbe confuso nei meandri delle varie categorie nosografiche e sottolineare una più precisa connessione causale tra gli eventi.

I vari tentativi di evidenziare specifici fattori eziologici della depressione e della psicosi *post-partum* non hanno ottenuto un consenso comune. La genesi multifattoriale alla base di simili modificazioni dell'umore, per l'intreccio di fattori biologici, psichici e socioculturali, consente, pertanto, solo ipotesi interpretative che privilegiano un modello piuttosto che un altro.

La componente endocrina è stata variamente chiamata in causa, per la spettacolarità del cambiamento ormonale che si verifica dopo il parto (in tutte le donne si assiste a una caduta brusca degli ormoni legati alla fine del processo gravidico – estrogeni e progesterone in particolare – o a esso correlati, come il cortisolo) e per l'analogia con altre situazioni della vita femminile (menopausa, sindrome premestruale) che si accompagnano a variazioni ormonali brusche e a variazioni dell'umore perlomeno cronologicamente connesse. Tuttavia a fronte di una tale situazione endocrina, comune a tutte le gravidanze, si assiste nel puerperio a una comparsa statisticamente modesta di variazioni dell'umore.

Negli ultimi anni i dati della letteratura hanno valorizzato gli effetti degli estrogeni sulle strutture e sulle funzioni cerebrali quali, tra l'altro, le capacità cognitive, la memoria e l'umore. Simili effetti coinvolgono sia le cellule nervose, sia i vari sistemi di neurotrasmissione e i loro recettori. Gli estrogeni, in particolare, aumentano il *turn-over* della dopamina e dei recettori dopaminergici, come pure esercitano un'attività riduttiva sui recettori serotoninergici e betaadrenergici. Pur sussistendo queste evidenze, non si è peraltro trovato alcun nesso sperimentale tra estrogeni e depressione o psicosi *post-partum*. Su questa via, inoltre, non si spiegherebbero i casi a insorgenza tardiva, quando la situazione ormonale sta ristabilendosi o si è normalizzata. Considerazioni analoghe possono essere svolte sul progesterone, la prolattina e il cortisolo, posto che nei casi di depressione e psicosi *post-partum* si sono constatati valori tra loro conflittuali.

Tra i fattori biologici potenzialmente rilevanti vanno considerati quelli genetici, sotto il profilo di una predisposizione alla depressione o a quadri psichiatrici più gravi: indicatori preziosi al riguardo possono risultare i precedenti familiari e personali. È noto che il genoma esprime la potenzialità genetica, che diventa però ben presto, nel rapporto con l'ambiente, individualità epigenetica, cioè un'organizzazione di elementi innati e acquisiti tali che alla predisposizione medesima, la quale permane comunque un fattore di rischio certo, possono far seguito esiti diversi.

Il modello etiopatogenetico diatesi-stress prevede l'interazione e la circolarità causale e sistemica tra la predisposizione ed eventi stressanti, anche di natura ambientale e comportamentale.

Sempre con riguardo ai fattori biologici, trova posto in letteratura l'interpretazione della depressione in generale come una «sregolazione» dei neuro-trasmettitori serotonina e ulteriori amine piogene, quali nor-epinefrina, epinefrina, dopamina. Il ruolo di questi fattori è stato in effetti studiato anche in rapporto alla depressione e alla psicosi *post-partum*, con risultati, tuttavia, non consonanti.

L'importanza di fattori psicogeni nella DPP trova ampia convergenza in letteratura e le premesse esposte precedentemente sull'impegno psicodinamico che il fenomeno gravidico comporta, ne sono una testimonianza.

In questo quadro interpretativo tuttora incerto, vanno peraltro evidenziate le ricerche che, in molti casi, dimostrano una correlazione fra depressione pre- e post-natale.

Analogha correlazione viene rilevata fra stati di ansietà *pre- e post-partum*. Ciò confermerebbe la «stabilità» del comportamento psicologico individuale, nonostante le grandi variazioni umorali, emotive e sociali sperimentate nel corso della gravidanza e nel *post-partum* (LLEWELLYN et al., 1997; O'HARA e SWAIN, 1996; HERON et al., 2004). Non mancano, tuttavia, segnalazioni di insorgenza della depressione unicamente nel *post-partum*, cioè non preceduta da sintomi depressivi in gravidanza (DA COSTA et al., 2000; JOSEFSON et al., 2001, etc.).

Tenendo conto di queste premesse, il complesso iter che porta alla nascita di un figlio deve fare i conti con molteplici fattori: il bagaglio genetico ed epigenetico avuto in sorte, i rapporti con la

famiglia di origine, gli accadimenti di vita e il modo in cui sono stati vissuti dai singoli soggetti, la struttura di personalità che si è venuta formando, il clima di coppia, l'atteggiamento nei confronti del diventare madre, l'esperienza stessa del parto e, non ultime, le condizioni socio-economiche.

5. *Individuazione dei fattori di rischio e prevenzione della patologie psichiche proprie del post-partum.* – L'obiettivo della prevenzione, connesso all'individuazione tempestiva dei fattori di rischio, costituisce, con riguardo alla materia in esame, il tema di maggior interesse bioetico e il fine primario da perseguire, sia nel corso stesso della gravidanza, sia, in ogni caso, attraverso la diagnosi tempestiva delle prime manifestazioni sospette di disagio in puerperio.

Il problema viene affrontato attraverso i consueti percorsi classici di ordine clinico, per i quali acquista rilievo fondamentale la raccolta dell'anamnesi, l'utilizzo di linee guida, l'esperienza del medico.

Molto spazio è stato recentemente attribuito, per la ricerca di fattori predittivi, a un approccio che si basa generalmente su interviste cliniche semistrutturate, sulla utilizzazione di svariati test, su questionari di autovalutazione, il tutto somministrato in gravidanza e dopo il parto, in alcuni casi fino ad un anno dopo il parto stesso⁶. Uno degli scopi sarebbe quello di stabilire una piattaforma di riferimento per valutare oltre al rischio anche l'efficacia delle varie terapie.

Anche in Italia sono in corso progetti di studio sulla depressione e sulla psicosi *post-partum* presso centri universitari (Pisa e Napoli) e nella regione Emilia Romagna. Per l'estero possono citarsi, fra gli altri, poli di ricerca attivi a Ginevra, Heidelberg e Cambridge.

Uno studio della *Canadian Task Force on Preventive Health Care* del 2003, dinanzi all'ampia gamma di test disponibili e alla scarsa attendibilità che essi offrono soprattutto nei casi di media gravità, consiglia al medico interessato di scegliere il metodo che meglio corrisponde alle sue personali preferenze, al tipo di popolazione indagata e alla praticità del *setting*. Queste tipologie di *screening*, pertanto, vanno tuttora considerate come ipotesi di lavoro.

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* raccomanda che i medici siano sempre attenti ai sintomi della depressione e a raccogliere durante l'anamnesi informazioni su eventuali stress psicosociali, come pure su un'eventuale storia familiare di depressione.

6. *Profili terapeutici delle patologie post-partum.* – Le difficoltà che si incontrano nel formulare una diagnosi di DPP ricadono automaticamente sulla scelta degli indirizzi terapeutici da mettere in atto.

In una recente *review* critica della letteratura di lingua inglese dal 1990 al 2003 (CINDY-LEE E. DENNIS E D. STEWART 2004) sui risultati terapeutici in materia di depressione e psicosi *post-partum* questi sono riferiti a interventi «biologici» e «non biologici», il che segnala ancora una volta la dicotomia di base esistente circa l'interpretazione della problematica in oggetto.

La patologia viene presa in considerazione con riguardo al disturbo minore (depressione) e a quello maggiore (psicosi), dato che il «*maternal blues*» si avvale efficacemente di un accudimento da parte del padre del nascituro e/o di una «buona figura materna» che si occupi della puerpera.

⁶ Nelle interviste diagnostiche vengono in genere seguiti i criteri standard del DSM IV, che risulta uno strumento molto utile per comunicare senza equivoci nell'ambito della comunità scientifica. La distinzione tra Depressione Major e Minor quale risulta dal DSM IV corrisponde, come già si segnalava, alla distinzione fra «psicosi» e «depressione» *post-partum* (è la depressione maggiore che risulta più facile da identificare attraverso i vari strumenti di screening).

Il più utilizzato tra i test è l'*Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS)*, soprattutto per seguire nel tempo i risultati delle terapie; vengono peraltro proposti molteplici tipi di test e di questionari di autovalutazione, che prendono in esame vari profili tra cui lo spettro dell'umore, lo spettro ossessivo compulsivo, la c.d. «*work and social adjustment scale*», lo STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*).

Si è altresì cercato di valutare l'accuratezza predittiva dei differenti tipi di screening.

Gli studi disponibili, per le loro caratteristiche metodologiche e il loro stesso numero, non sono peraltro in grado di fornire indicazioni terapeutiche attendibili ed univoche: se ne dà sinteticamente conto, dunque, solo per completezza informativa.

a) Trattamenti farmacologici.

Per quanto concerne i trattamenti farmacologici con antidepressivi, mentre la letteratura è ricca di *trials* controllati sull'efficacia dei medesimi nella depressione in generale, risultano notevolmente carenti gli studi specifici relativi alla DPP.

Nell'ultimo decennio sono stati usati come attacco iniziale gli inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina (SSRIs del tipo fluoxitina, invece degli antidepressivi triciclici) perché maggiormente esenti da effetti collaterali e con largo margine di sicurezza anche per le madri che allattano.

A parte la circostanza che alcuni degli studi presi in esame in quanto validi secondo i criteri di scelta adottati nella meta-analisi associano contemporaneamente anche un *counseling* da una a sei sedute con buoni risultati, le stesse conclusioni complessive tratte in letteratura sulla qualità dei dati acquisiti e sulle raccomandazioni pratiche da essi deducibili dichiarano che esiste un'evidenza insufficiente per dedurne indicazioni terapeutiche attendibili.

Risultano, inoltre, due lavori concernenti trattamenti ormonali legati alla somministrazione di estrogeni. Nel primo, peraltro, vengono valutate pazienti molto depresse, che nel 47% assumevano antidepressivi. I risultati segnalano un miglioramento nelle prime fasi di trattamento, ma le conclusioni consigliano di allargare la ricerca a pazienti meno depresse e senza altre interferenze farmacologiche, nonché di cercare di stabilire, attraverso la ricerca di base, quale possa essere il ruolo degli estrogeni nella DPP.

b) Trattamenti psico-terapeutici

Si sono presi in esame 21 studi, che comprendono psicoterapia inter-personale, terapia cognitivo-comportamentale, interventi psico-sociali (terapia d'appoggio, *counseling* non direttivo definito anche come «visita di ascolto»), terapia «madre-bambino».

La terapia inter-personale ha dato risultati significativi nelle pazienti trattate rispetto ai controlli. Viene consigliato, comunque, di attendere lunghi *follow-up* per confrontare l'efficacia rispetto ai trattamenti farmacologici e psico-sociali e di ricorrere a personale con un buon livello di training sulla materia.

La terapia cognitivo-comportamentale, molto diffusa nei paesi di lingua anglosassone, è documentata in sei studi, ma tutti soffrono di limitazioni metodologiche, rappresentate, per esempio, dalla bassa consistenza numerica, o dalla mancanza, del gruppo di controllo. Deve inoltre considerarsi, circa le conclusioni sulle evidenze, la scarsa inclusione di tale terapia nei programmi di trattamento della DPP. Il suo possibile ruolo è sostenuto in riferimento all'efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale nella depressione in genere. Viene sollevato, inoltre, il problema del considerevole tempo necessario per l'attuazione e il relativo costo, elementi condizionanti la *compliance*.

Tra gli interventi psicosociali è stato attribuito alla «terapia di appoggio» un potenziale effetto benefico in determinate condizioni, specie nei casi di moderata gravità; tuttavia, la debolezza metodologica delle ricerche rende i risultati ambigui.

È in corso di sperimentazione anche una terapia di appoggio telefonica, attraverso un ampio studio randomizzato.

Altre modalità di approccio, segnalate da alcuni *trials*, comprendono il *counseling* non direttivo come pure la terapia «madre-bambino». Si tratta di interventi che potrebbero rappresentare un'opzione secondaria nel trattamento della DPP per situazioni di media o modesta depressione. Anche in questo caso, peraltro, la debolezza metodologica dei *trials* rende i risultati non univoci.

c) Approcci ulteriori

Un lavoro descrive interventi che prevedono la privazione del sonno secondo determinati criteri cronologici: il meccanismo potrebbe ridare al sonno una buona qualità e ristabilire i ritmi circadiani a esso sottesi. Lo stesso *trial* invita, peraltro, a sviluppare ulteriormente le ricerche.

Risulta essere stata presa in considerazione anche la terapia elettroconvulsivante, rispetto a casi con rischio acuto di suicidio o a psicosi resistenti al comune approccio terapeutico. Le informazioni si limitano ai soli casi esaminati, che sono esigui.

Un profilo che, in ogni caso, ha ricevuto troppa scarsa attenzione resta quello relativo al ruolo del padre del nascituro, il quale può costituire senza dubbio una buona fonte di supporto emotivo e pratico, nonché un valido *trait d'union* tra la donna e gli altri componenti della famiglia.

L'esigenza di un appoggio nel puerperio è attualmente così sentita che risultano attivate varie modalità di aiuto, mediante l'istituzione di Centri presso i Dipartimenti materno-infantili, presso i Consultori familiari o da parte di libere associazioni quali il Movimento italiano dei genitori, come pure ricerche in vari poli universitari volte all'individuazione e alla cura di donne con disturbi depressivi in puerperio e alla parallela osservazione del bambino, date le ripercussioni che tali disturbi possono cagionare. Informazioni al riguardo sono facilmente reperibili in rete.

In Inghilterra la prevenzione è divenuta sistematica ed è entrata a far parte dei provvedimenti obbligatori in tutti gli ospedali che fanno parte del servizio sanitario nazionale, essendo stato istituito un «*Perinatal Mental Health Team*».

La disponibilità di un appoggio sociale dovrebbe rientrare nei compiti istituzionali, possibilmente con un sostegno esterno domiciliare relativo anche alla cura del bambino.

Concludendo: le difficoltà riscontrabili nel definire correttamente la diagnosi – molto meno concreta che in altre aree, specie per i casi di media gravità – danno conto delle incertezze che si presentano nell'affrontare l'interrogativo sulle condotte terapeutiche. Il continuo richiamo alla necessità di impostare nuovi studi che possano dar luogo a dati confrontabili sta a significare l'attuale stato di provvisorietà di ogni modello comportamentale.

La molteplicità dei fattori eziologici rende peraltro improbabile un'univocità di interventi: bisogna prendere atto della circostanza che, come sono multifattoriali le cause, così lo sono le esigenze trattamentali: solo un approccio il quale tenga conto di fattori biologici, psicologici e sociali e che sappia ricorrere all'una o all'altra terapia, da sola o combinata, può condurre, deve ritenersi, a risultati utili, anche se provvisoriamente incerti sul piano dell'evidenza.

7. Sintesi e conclusioni dal punto di vista bioetico. – La gravità, potenziale e reale, della sindrome di depressione in gravidanza e soprattutto nel *post-partum* chiama in causa la responsabilità assistenziale, nel senso largo dell'espressione, che già si avverte verso ogni donna nel corso di una gravidanza a decorso normale.

Secondo la maggioranza degli Autori (v. ad es. KUMAR e ROBSON, 1984; O'HARA et al., 1984; WATSON et al., 1984; CAMPBELL et al., 1992; O'HARA e SWAIN, 1996; BERNAZZANI et al., 1997; RIGETTI-VELTEMA et al., 1998; DA COSTA et al., 2000; BECK, 2001; LOGSON e USUI 2001; VERKERK et al., 2004; MAC MAHON et al., 2005) la ricerca dei «fattori di rischio» per l'insorgenza della depressione *post-partum* si rende necessaria nel corso della assistenza prenatale, sulla base dei seguenti elementi: storia familiare di depressione *post-partum*, pregressa storia di psicopatologia, relazioni conflittuali con i genitori nell'infanzia, cattive relazioni intraconiugali, bassa autostima; basso livello socio-economico, assente o insufficiente supporto sociale, eventi vitali stressanti, gravidanza non desiderata.

Tuttavia una valutazione, nel corso della gravidanza, del rilievo specifico per il singolo caso di ciascuno dei fattori indicati e dell'«intensità» del rischio risulta, attualmente, problematica: mentre alcuni Autori (ad es. COOPER et al., 1996; NIELSEN-FORMAN et al., 2000; VERKERK et al., 2003) ritengono possibile identificare i soggetti che presenteranno con più elevata probabilità episodi di depressione nei primi tre mesi di

puerperio, altri Autori non ritengono adeguati allo scopo i test impiegati o ancora insufficienti le osservazioni compiute.

In ogni caso, la rilevata presenza di «fattori di rischio» indirizza verso una più attenta sorveglianza ed eventualmente verso l'adozione dell'opportuna terapia farmacologica e psicologica.

L'assistenza alla donna in gravidanza, nel parto e nel puerperio, costituisce un impegno prioritario per il valore della posta in gioco. L'intreccio tra la dimensione biologica e psichica che coinvolge la madre, il figlio e i loro reciproci rapporti è così stretto e carico di conseguenze immediate e future, specie per il nuovo nato, da meritare un'attenzione particolare sia sul piano della ricerca che su quello operativo, onde incidere efficacemente su questo processo fondamentale del vivere. Se tale assunto ha un valore generale per le situazioni apparentemente normali, ancor più importante si rivela nei casi in cui si avverte una particolare fragilità, che espone al rischio di patologie psichiatriche.

L'ampia letteratura basata sull'osservazione madre-bambino con le varie modalità oggi disponibili sottolinea in modo chiaro la possibilità di incidenza sul neonato della sofferenza psichica della madre, sia essa evidente o inespressa. Non occorre richiamare i quadri più impegnativi della patologia del *post-partum*: l'angoscia della madre, sia di natura psicologica che fisica, il senso di solitudine in cui molte madri si sentono sprofondate, frequentemente connesso a un reale essere lasciate sole, possono alterare il flusso di comunicazione tra madre e figlio privando il neonato del clima affettuoso opportuno per il suo sviluppo armonico.

Le caratteristiche della «buona assistenza» valida quantomeno a diminuire le condizioni di rischio o a prevenire tempestivamente l'aggravarsi di esso possono così indicarsi:

- L'assistenza alle donne che si trovano a vivere situazioni così fondamentali presuppone una preparazione specifica delle persone che con varie competenze partecipano all'assistenza stessa. È opportuno un frequente confronto tra le figure che si occupano di questo settore con una formazione di base comune attenta a tutto ciò che di nuovo si va aggiungendo alle rispettive discipline e con un valido ancoraggio alla politica sanitaria.

- È necessario creare le premesse per un buon rapporto tra chi segue la donna, la donna stessa e il padre del nascituro: rapporto che vada oltre la «buona pratica clinica» e che preveda una capacità di ascolto ed una sensibilità affinata a cogliere gli stati d'animo e a percepire le situazioni a rischio. Andrebbe prevista oltre a una formazione teorica in tal senso nelle Scuole di specializzazione di Ostetricia, anche un «addestramento» nella realtà clinica con gruppi di lavoro (tipo Balint, ad esempio) interdisciplinari aperti al personale sanitario anche non medico, per poter confrontare e discutere le modalità di approccio più utili e più efficaci sia nel campo della prevenzione, che della «cura» e del «prendersi cura».

- Sarebbe auspicabile una continuativa e corretta assistenza prenatale, possibilmente con la stessa *équipe* o comunque con una *équipe* omogenea, basata su un clima di fiducia, in una sorta di «alleanza terapeutica» non solo per valutare i parametri organici ma anche per capire, dare risposte ai molti interrogativi, offrire consigli.

- È inoltre opportuna una buona preparazione al parto e l'introduzione della donna nella conoscenza dell'ambiente che la ospiterà per il parto (tematica già affrontata dal CNB nel documento *La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico* del 17 aprile 1998).

- La richiesta di una consulenza psichiatrica dovrebbe aver luogo quando si percepisce la necessità di una più ampia esperienza per comprendere il quadro clinico. Potrebbe alternativamente essere prevista, soprattutto nell'assistenza pubblica, una consulenza di «routine» di uno psichiatra verso la fine della gravidanza, attenuando così l'eventuale significato negativo che potrebbe avere per alcune questa proposta.

La realtà attuale ospedaliera della dimissione rapida dopo il parto, riduce in modo significativo il tempo di contatto tra la puerpera ed il personale d'assistenza, il più indicato per la vicinanza fisica a cogliere «qualcosa che non va» e a permettere alla madre in un clima confidenziale di verbalizzare i

suoi stati d'animo: noia, cattivo umore, mancanza di piacere interattivo con il neonato e altro ancora. La donna che ha partorito si trova così rapidamente spesso sola a casa con il padre del neonato, o anche senza, a dover gestire l'accudimento del bambino con mille incertezze e perplessità, senza un attimo per riposare e vivere con tranquillità la sua nuova esperienza. Vanno sensibilizzati il padre del nascituro e i familiari quale naturale supporto almeno in una prima fase e dovrebbe essere previsto in particolari casi un sostegno esterno domiciliare attraverso l'assistenza sociale.

- A questo proposito vanno sensibilizzati i familiari e, in modo particolare, la figura paterna, richiamando le responsabilità e gli obblighi morali e giuridici che gli competono nonché l'importanza del suo coinvolgimento sia nel periodo di gestazione che nel *post-partum*. Un valido aiuto può essere fornito dai Centri cui è stato fatto riferimento in precedenza.

La cultura del nascere, data la sua profonda valenza bioetica e sociale, dovrebbe permeare tutta la società e di riflesso la sanità pubblica. La DPP rappresenta un aspetto importante delle molte difficoltà che «il venire al mondo» propone e sottolinea come il modo di affrontarle non possa che essere globale, vale a dire centrato sul valore della persona umana relativo a ciascun componente della famiglia⁷.

⁷ Nell'ambito delle indagini per la redazione del presente testo sulle patologie del *post-partum* è stato consultato, tra l'altro, il *National Institute of Mental Health* (Washington D.C.), nella persona di Karen S. Babich, *Director Office of Global Mental Health*, con preghiera di trasmissione dei contenuti delle ricerche più recenti in tema di DPP. La risposta ha espresso il rammarico per la scarsità delle ricerche disponibili.

APPENDICE - Alcune note di letteratura psicologica e psicoanalitica.

Sull'argomento gravidanza e parto esiste da vari punti di vista (psicologico, psichiatrico, psicoanalitico) una vasta letteratura, circa la quale sarà proposta soltanto qualche puntualizzazione bibliografica, utile a chi volesse approfondire l'argomento.

In rapporto all'evoluzione del pensiero nei confronti del tema gravidanza si possono evidenziare tre grandi filoni.

Un primo gruppo di studi, il più antico, interessato soprattutto al significato che il desiderio di maternità riveste per la donna, è stato sviluppato da S. Freud, H. Deutsch e M. Klein.

Un secondo filone di ricerca è volto ad individuare, nel corso della gravidanza stessa, le diverse fasi psicologiche della donna, con ansie e conflitti specifici. G. Bibring, e con lei molti altri AA., distinguono almeno due fasi fondamentali: la prima, che va dal concepimento alla percezione dei primi movimenti fetali, caratterizzata da un adattamento a percepire il feto come parte di sé e pertanto a vivere questa fusione, ed una seconda fase, che arriva fino al parto, il cui compito è quello di preparare la separazione che farà seguito.

Un terzo, più recente punto di vista, studia in senso longitudinale le modificazioni che avvengono nella donna circa la rappresentazione di sé, del bambino, dei propri genitori e del padre del nascituro, in varie fasi della gravidanza e per qualche mese dopo il parto; contesto nel cui ambito vengono altresì considerate le idee sulla maternità e sulla cura dei bambini che la donna elabora nel corso della gravidanza, nonché sul *maternage* che verrà effettivamente fornito al bambino dopo la nascita (Raphael-Left 1983).

Correlando le osservazioni analitiche con le indagini ormonali, Benedek (1956) ritiene che l'accresciuta produzione ormonale sia interdipendente con la tendenza recettiva specifica della donna, individuando delle corrispondenze tra modificazioni fisiologiche e tendenze psicologiche in gravidanza. La maternità non sarebbe un fatto secondario, bensì l'espressione del pervasivo istinto di sopravvivere nel figlio: è l'organizzatore dell'istinto sessuale della donna ed anche della sua intera personalità.

Osservando più in generale i contributi più significativi che si sono avuti negli ultimi cinquanta anni, particolare rilievo va riconosciuto a G. Bibring. Per tale autore (1959-1961) la gravidanza rappresenta una crisi maturativa che porta ad una posizione nuova, non identica a quella vissuta in precedenza. Come crisi maturativa (simile alla crisi adolescenziale e alla menopausa) la gravidanza implicherebbe regressione, allentamento delle difese, modifiche nella organizzazione del senso di sé, nuove identificazioni, disponendosi la donna a vivere "nel figlio", visto come oggetto/sé poi come oggetto separato da sé. G. Bibring si è altresì proposta di identificare i momenti più significativi della gravidanza e del dopo-parto, ma l'individuazione di questi stadi è rimasta piuttosto vaga. Cruciale le è apparso il momento in cui la donna comincia ad avvertire i movimenti fetali, che coincide con quella che Winnicott indicava come la fase della "preoccupazione materna primaria", e che vedeva estesa anche ai primi mesi della vita del figlio.

D. Pines (1972-1982), accettando la tesi di Bibring secondo cui alla gravidanza corrisponderebbe una crisi maturativa della donna, sottolinea che, specie nella prima gravidanza, verrebbe rivissuto e completato il processo di separazione-individuazione dalla propria madre. Ritiene, inoltre, di poter ravvisare una notevole differenza psichica tra il "desiderio di gravidanza" e il "desiderio di maternità", rappresentando il primo la dimostrazione che il suo corpo funziona come quello della madre ed il secondo quale espressione di un vero e proprio desiderio di avere un figlio.

Sulla scia di Bibring, ma con un impegno di ricerca del tutto originale, F. Ferraro e A. Nunziante Cesaro (1985) interpretano la gravidanza come un "agire" tra concepimento, gravidanza e nascita: si realizzerebbe un'elaborazione psicologica che porta ad un nuovo equilibrio maturativo quale specifica costruzione di identità femminile, ma che può anche arroccarsi in forme regressive di difesa. Tali AA. hanno messo in discussione anche il concetto di istinto materno, come pure la concezione della maternità come ultima e ineludibile tappa dell'acquisizione di una vera identità

femminile adulta. Senza dubbio esiste una spinta biologica a procreare come in tutti gli altri animali, ma negli umani le cose sono molto più complesse ed è per questo che viene preferita alla parola “istinto materno”, l’espressione “sentimento materno”, parola che evoca una maggior complessità, ambivalenza inclusa.

Citano, in proposito, la nozione di rivalità primitiva, che E. Gaddini (1982) descrive come un affetto modellato sull’imitazione: “dall’identità magica con la madre, consentita e nutrita da cure materne sufficientemente buone, attraverso esperienze graduali di frustrazioni e separazioni, la bambina (e anche il bambino, naturalmente) comincia a sperimentare se stessa come separata; da questo momento vengono attivate fantasie di fusione con l’oggetto d’amore che esprimono il desiderio di ristabilire la perduta unità”.

Secondo Bollas (1990) già durante la vita uterina sussiste la nozione, non pensata – Bollas parla di “noto”, non di “pensato” – di trovarsi nell’ambito di un processo umano (processo che Winnicott aveva indicato come *holding environment*) e di vivere in un ambiente in continua trasformazione. Non appena l’individuo sarà nato, al ruolo trasformativo svolto dalla madre si assocerà la presenza trasformativa del padre, per cui il bambino “capirà” ancor meglio che egli è dentro una famiglia molto particolare, con le sue proprie modalità di essere e di comunicare.

In verità è da tempo che ci si chiede se la capacità di cure materne abbia inizio con la fecondazione o se appartenga invece alla storia personale della madre come persona, o della madre e del padre come coppia, per quanto concerne le loro capacità di sentire (e di manifestare) sollecitudine e le loro capacità di condividere stati d’animo ed affetti con un altro, sia questi feto oppure neonato. Si può ritenere che la preoccupazione materna primaria esista perlomeno dai primi movimenti fetali (oggi, anzi, appare sempre più legata alla stessa consapevolezza della donna, ormai acquisibile in modo molto semplice, dell’essere rimasta incinta), e che è del tutto condizionata dalla storia personale della madre, come accennato più sopra.

La empatia della madre, o *réverie*, o identificazione proiettiva, tanto importante per dare al bambino, fin dall’inizio, il senso di essere voluto e rispettato come individuo, sconfina con i legami di reciprocità, identificata da Bowlby (1962) come “attaccamento” e da Winnicott come “reciprocità” che sarà foriera del senso di *scambio scherzoso* proprio dei primi rapporti umani condivisi.

Nelle ultime decadi hanno avuto luogo grandi cambiamenti nel comportamento sociale e sessuale delle donne e le loro implicazioni si vanno integrando nella teoria psico-analitica.

BIBLIOGRAFIA

AMMANNITI M. (a cura di)

La gravidanza tra fantasia e realtà, Roma, 1995, Il Pensiero Scientifico Ed.

ASCH S.

Post-partum psychosis and infanticide, presentato all'Istituto Italiano di Psicoanalisi il 12 marzo 1992 (coll. pers.)

BECK C.T.

Predictors of postpartum depression, Nurs. Res., 2001,50, 275-285

BECK C.T., GABLE R.K.

Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale, Nurs. Res., 2001, 50, 155-164

BENEDEK

Psychosexual Function in Women Ronald, Press New York, 1952

BERNAZZANI O. et al.

Psychological predictors of depressive symptomatology level in post-partum women, J. Affect Disorders, 1997, 46, 39-40

BIBRING G.

A study of psychological process in pregnancy and in the earliest Mother-Child relationship, The psychoanalytic Study of the Child, 1961, 16, 9-23.

BION W. (1972)

Apprendere dall'esperienza. Armando Ed., Roma

BOLLAS CH.

Origins of the Therapeutic Alliance. Week-end Conference of English Speaking Analysts, Londra, 12-13 Ott. 1990

BOWLBY J.

Attachment and Loss. Vol.1, 1969; (II ed. It.: *Attachment*, Torino, 1989, Bollati Boringhieri)

BRAZELTON B. (1979) *Reciprocità dell'influenza del neonato sulla madre e della madre sul neonato*. Film e comunicazione personale.

CAMPBELL S.B., COHN J.F., FLANAGAN C., POPPER S., MEYERS T.

Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood, Dev. Psychopathol., 1992, 4, 29-47

CHAPMAN D. et al.

Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood, J. Affective Disorders, 2004, 82, 217-225

CINDY-LEE - E. DENNIS

Treatment of Post Partum Depression: A critical Review of non Biological Interventions, J. Clinic. Psychiatry, 2004, 65, 1252-1265

CINDY-LEE E. DENNIS D.E. STEWART

Treatment of Post Partum Depression: A critical Review of Biological Intervention, J. Clinic. Psychiatry, 2004, 65, 1242-1251

COOPER PL. et al.

The development of predictive index of post-partum depression, Psychol. Med., 1996, 26, 627-634

CRAIG M.

Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those of risk?, Journ. of the Royal Society of Medicine, 2004, 97, 55-61.

DA COSTA D. et al.

Psychosocial correlates of pre-partum and post-partum depressed mood, J. Affective Disorders, 2000, 59, 31-40

DARVES-BORNOZ J.M., GAILLARD P., DEGIOVANNI A.

Psichiatria e gravidanza: la madre e il figlio, Encycl. Med. Chir., Ed. Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, Paris Ginecologia Ostetricia, 5-046-A-10- 2001.

DEUTSCH H. (1945)

Psychology of women, Vol. II, Grune and Stratton, New York

EMERY J.L.

Infanticide, filicide and death, Arch. Dis. Children, 1985, 605, 505-7

FERRARO F. - NUNZIANTE CESARO A. (1985)

Lo spazio cavo e il corpo saturato, Franco Angeli, Milano.

FREUD S. (1892)

Un caso clinico, O.S.F., pag. 24, Boringhieri, Torino.

GADDINI E.

Formazione del padre e scena primaria. Scritti, (1953-1985), Milano, 1989, Cortina, pag. 326.

GADDINI R.

I precursori dell'oggetto e dei fenomeni transizionali, Riv. di Psicoanalisi, 1986, 221-296

GADDINI R. GRIMALDI S.

Problemi neurofisiologici, neuroclinici e psicologici del neonato a termine e del prematuro, Roma, 1-2 aprile 1964

GIUS E. CAVANNA D.

Maternità negata, Milano, 1988, Giuffrè

GRAZIOTTIN A.

Modificazioni del tono dell'umore in puerperio: dalla Blues Syndrome alle Psicosi Puerperali, Atti Soc. It .Gin. Ostet., 2003, 79, 599- 606

HERON J. et al.

The course of anxiety and depression through pregnancy and the post-partum in a community sample, J. Affective Disorders, 2004, 80, 65-73

HERRERA E.

Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the post-natal period, J. Affective Disorders, 2004, 81, 29-39

HILTUNEN P. et al.

Seasonal variation in post-natal depression, J. Affective Disorders, 2004, 78, 111-118

KLEIN M.

La psicoanalisi dei bambini, Firenze, 1970, Martinelli Ed.

KUMAR K. ROBSON KM.

A prospective study of emotional disorders in child bearing women, Brit. J. Psychiatry, 1984, 144, 35-47

LESTER E. METMAN M.

Pregnancy, developmental crisis and object relations: Psychoanalytic considerations, Int. J. Psychoanalysis, 1986, 67, 357

LLEWELLYN AM et al.

Depression during pregnancy and puerperium, J. Clin. Psychiatry, 1997, 58 (Suppl. 2), 26-32

LOGSDON M.C., USUI W.

Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women, West. J. Nurs. Res., 2001, 23, 563-574

MARKS M. N. - KUMAR K.

Infanticide in England and Wales, Med. Sci. Law, 1993, 33, 329-339

MC LURE R.J. - DAVIS PM. - MEADOW SR. - SIBERT J.

Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy: non accidental poisoning, non-accidental suffocation, Arch. Dis. Child, 1996, 75, 57-61.

MC MAHON C. et al.

Psychological factors associated with persistent post-natal depression: post and current relationships defence styles and the mediating role of insecure attachment style, J. Affective Disorders, 2005, 84, 15-24

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL

Postnatal Depression. A systematic review of published scientific literature to 1999, Canberra, 2000, NHMRC

NIELSEN FORMAN D. VIDEBECH P. HEDEGAARD M. DALBY SALVING J. SECHER N.J.

Postpartum depression: identification of women at risk, Br. J. Obstet. Gynaecol., 2000, 107, 1210-1217

NIVOLI G.

Medea tra noi: le madri che uccidono il proprio figlio, Milano, 2002, Carocci

O'HARA M.W. NEUNABER D.J. ZESKOSKI E.M.

A prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors, J. Abnorm. Psychol., 1984, 93, 158-171

O'HARA M.W. SWAIN A.M.

Rates and risk of post-partum depression. A meta-analysis, Int. Rev. Psychiatry, 1996, 8, 37-54

PARRY B.L. et al.

Hormonal basis of mood and postpartum disorders, Curr. Womens Health Rep., 2003, 3, 230-35

PATI A. (a cura di)

Educare alla genitorialità, Brescia, 2005, La Scuola

PATI A.,

Progettare la vita. Itinerari di educazione al matrimonio e alla famiglia, Brescia, 2005, La Scuola

PAZZAGLI A. - BENVENUTI P. - MONTI ROSSI M.

Maternità come crescita, Roma, 1981, Il Pensiero Scientifico

PEINDL K.S. et al.

Identifying depression in the first post-partum year: guidelines for office-based screening and referral, J. Affective Disorders 80 (2004), 37-44

PATRIGNANI C. (2003)

Letteratura psichiatrica da riscrivere, citato in D. Stanzani e V. Stendardo, *Delitti in famiglia: l'infanticidio e le attenuanti di Medea*, in *Diritto e Diritti: rivista giuridica on line*, luglio 2003, http://www.diritto.it/materiali/antropologia/stanzani_stendardo3.html

PHILIPPS L.H - O'HARA W.V.

Prospective study of postpartum depression: 4 1/2 year followup of women and children, Abnorm Psychol., 1991, 100, 155-157

PINES D.

Pregnancy, miscarriage and abortion: a psychoanalytic perspective, Intern. J. Psychoanalysis, 1990, 71, 301.

RAPHAEL-LEFT J.

Facilitators and regulators: Two approaches to mothering, Brit. J. of Medical Psychology, 1983, 56, 379-390

RESNICK P..

Murder of the New born: a psychiatric review, Amer. J. of Psychiatry, 1970, 126, 1414-20.

RIGHETTI – VELTEMA M. et al.

Risk factors and predictive signs of post-partum depression, J. Affective Disorders, 1998, 49, 167-180

RIGHETTI-VELTEMA M. - BOUSQUET A - MANZANO J.

Impact of post-partum depressive symptoms on mother and her 18 month old infant, J. Affect. Disord., 2003, 12, 75-83

VERKERK G. et al.

Patient preference for counselling predicts post-partum depression: a prospective 1-year follow up study in high-risk women, J. Affective Disorders, 2004, 83, 43-48

VERKERK G. et al.

Prediction of the depression in the post-partum period: a longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women, J. Affective Disorders, 2003, 77, 159-166

WATSON J.P., ELLIOT S.A., RUGG A.J., BROUGH D.I.

Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. Br. J. Psychiatry, 1984, 144, 453-462

WINNICOTT D.W.

Il bambino nella famiglia come gruppo, in *Il luogo delle origini*, Milano, 1989, Cortina

Report: Perinatal Depression, Research Triangle Park, North Carolina 27709: Submitted to Agency for Health Care Research And Quality, Rockville, Maryland 20850.